

I CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EL DIETISTA-NUTRICIONISTA: PRO-MOTOR DE SALUD PÚBLICA



ACADEMIA
ESPAÑOLA DE
NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA



Colegio Profesional de
Dietistas-Nutricionistas
de Aragón



www.renhyd.org

RESÚMENES DE PONENCIAS

11 de noviembre de 2017 | MESA REDONDA

Presente y futuro de la alimentación, desde la tecnología
a los movimientos migratorios actuales

Ponencia 4



Desafíos de las políticas nutricionales en España:
de la responsabilidad individual a la responsabilidad colectiva

Miguel Ángel Royo-Bordonada^{1,*}

¹Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

*mroyo@isciii.es

La epidemia mundial de obesidad y enfermedades no transmisibles está relacionada con patrones de alimentación no saludable que tienen múltiples causas actuando a varios niveles. La globalización del mercado alimentario, que produce y distribuye mundialmente una amplia gama de productos ultraprocesados (energéticos y pobres en micronutrientes) a precios asequibles, y su publicidad intensiva, son los principales factores sistémicos que están detrás del deterioro de los hábitos alimentarios de la población¹. Factores socioculturales y económicos modulan la influencia que los condicionantes sistémicos ejercen a nivel individual, estando las clases desfavorecidas con serias dificultades de acceso a una alimentación saludable y muy desprotegidas frente al entorno obesógeno, dado que el ambiente inmediato de las personas interacciona con sus vulnerabilidades a nivel biológico y psicológico². Cuando se añaden a los alimentos y bebidas determinados nutrientes y potenciadores del sabor (azúcares, grasas, sal, edulcorantes artificiales y otros aditivos), se amplifica el mecanismo de la recompensa asociado a su ingesta, minando la capacidad del individuo para regular la ingesta de productos ultraprocesados. A esto hay que añadir las múltiples facetas del entorno que fomentan su consumo en grandes cantidades: su prevalencia como opción alimentaria por defecto; el tamaño grande de las raciones; el uso

de un etiquetado nutricional complejo y difícil de comprender para el ciudadano medio; la presencia de alegaciones de salud y avales científicos o profesionales; la aceptación, por organizadores de eventos deportivos para niños, de patrocinios de empresas productoras a cambio de espacio publicitario; y la transformación de colegios, hospitales y centros deportivos en centros comerciales y distribuidores mediante la instalación generalizada de máquinas expendedoras. Este amplio abanico de factores condiciona en gran medida nuestras elecciones alimentarias sin que seamos conscientes de ello. Por tanto, más allá de la responsabilidad individual, hay una clara responsabilidad social, de carácter colectivo, en la forma de alimentarnos.

Hasta ahora, las políticas nutricionales han puesto el foco en la responsabilidad individual, promoviendo estrategias centradas en la educación nutricional de la ciudadanía y en la autorregulación voluntaria de las industrias alimentarias y de la publicidad². Sin embargo, los mayores beneficios económicos de estas industrias provienen de la promoción y venta de productos ultraprocesados, lo que, mediante la incitación a su consumo por la publicidad y las modificaciones del entorno, supone un incentivo a la explotación de las vulnerabilidades personales. Las pruebas científicas del fracaso de la educación nutricional aislada y la ineficacia

de la autorregulación han llevado a expertos y asociaciones científicas de la salud y la nutrición a recomendar políticas centradas en la creación de entornos saludables, que faciliten la adherencia a dietas equilibradas, como la mediterránea¹. En su reciente Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho un nuevo llamamiento a los Estados Miembros para poner en marcha políticas de este tipo, como los impuestos a bebidas azucaradas, subsidios a productos saludables, restricción de la publicidad alimentaria, etiquetado frontal informativo y prohibición de la venta de productos no saludables en escuelas, centros deportivos y hospitales³. Lamentablemente, la aplicación de estas medidas en España es todavía nula o, en el mejor de los casos, claramente insuficiente (Tabla 1)⁴.

La regulación de la publicidad alimentaria dirigida a menores en España es un ejemplo paradigmático de la falta de asunción de responsabilidades sociales en salud pública⁵. En 2010, España suscribió la resolución WHA63.14 de la OMS, cuyo objetivo es restringir este tipo de publicidad para reducir la prevalencia de obesidad y enfermedades no transmisibles⁶. Sin embargo, dos años después, los menores españoles de 7

a 12 años veían una media de 15 a 20 anuncios al día de alimentos y bebidas no saludables, la inmensa mayoría con un uso indebido de técnicas de marketing persuasivo que explotan la ingenuidad de los menores⁷⁻⁹. ¿A quién cabe atribuir la responsabilidad de la exposición de los menores a publicidad perniciosa para su salud? En este caso, la responsabilidad individual recae en los padres, que deberían limitar el tiempo que sus hijos pasan delante del televisor y supervisar que el horario y los programas que ven son adecuados a su edad y grado de madurez. Pero también hay una responsabilidad social, de mayor amplitud y alcance que la responsabilidad individual, que es preciso ejercer a varios niveles y que casi nadie está asumiendo como debiera. Primero, son responsables los canales de televisión, por emitir en horario nocturno programas populares entre los menores y permitir la publicidad engañosa de alimentos y bebidas no saludables. Segundo, las empresas de publicidad, por diseñar anuncios que explotan la vulnerabilidad de los menores. Tercero, determinadas asociaciones de profesionales de la salud y la nutrición, por avalar publicidad de alimentos y bebidas no saludables. Cuarto, la industria alimentaria, por publicitar productos no saludables para menores y hacer uso en los mismos de alegaciones de salud y otras técnicas de publicidad engañosa. Y, por último, y más importante, el Gobierno de España, por permitir que todo esto ocurra y hacer dejación de su obligación de proteger a los menores de los efectos perniciosos de la publicidad alimentaria, desoyendo los llamamientos de la OMS e incumpliendo sus propios compromisos^{4,6}. Apelar a la responsabilidad individual desde cualquiera de estas instancias, cuyas acciones impiden a los padres el adecuado ejercicio de la misma, es injusto y reprochable, cuando no una muestra de cinismo. Que cada cual ejerza la responsabilidad social que le toca, empezando por el Gobierno, y entonces podremos hablar con propiedad del ejercicio de la responsabilidad individual.

Tabla 1. Aplicación en España de las políticas nutricionales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud.

Recomendaciones Organización Mundial de la Salud	Aplicación en España
Implantar una tasa efectiva a las bebidas azucaradas.	No se aplica*
Implementar el conjunto de recomendaciones de la OMS para restringir la publicidad dirigida a la población infantil de alimentos y bebidas no saludables.	Aplicación insuficiente
Desarrollar perfiles nutricionales para identificar alimentos y bebidas no saludables.	No se aplica
Implantar sistemas de etiquetado frontal interpretativos, tipo Semáforo Nutricional.	No se aplica
Prohibir la venta de alimentos y bebidas no saludables en escuelas, guarderías, centros deportivos y eventos para niños.	Aplicación insuficiente
Aumentar el acceso de las comunidades desfavorecidas a alimentos saludables.	No se aplica

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de la Comisión de la OMS para acabar con la obesidad infantil³.
*El 1 de mayo de 2017 se instauró un impuesto en Cataluña a las bebidas azucaradas, que ha supuesto una subida del precio en torno al 10%, muy por debajo del mínimo del 20% recomendado por OMS⁹.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor expresa que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

REFERENCIAS

(1) Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, Gortmaker SL. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011; 378: 804-14.

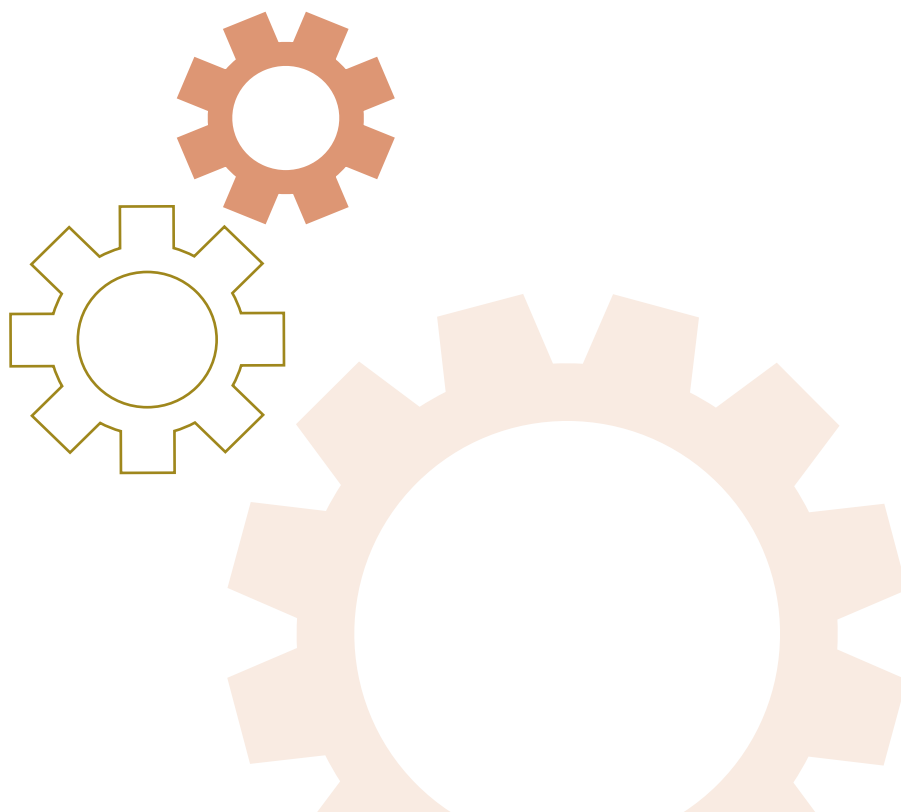
(2) Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. Lancet. 2015; 385: 2400-9.

(3) World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO: Geneva, 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf

(4) Royo-Bordonada MÁ. Setting up childhood obesity policies in Europe. The Lancet. 2016; 388: 2475.

(5) Puyol A. ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud?: responsabilidad individual y social por la salud. Rev Esp Salud Pública. 2014; 88: 569-80.

- (6) Kraak VI, Vandevijvere S, Sacks G, Brinsden H4 Hawkes C, Barquera S, y cols. Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children. Bull World Health Organ. 2016; 94(7): 540-8.
- (7) Royo-Bordonada MÁ, León-Flández K, Damián J, Bosqued-Estefanía MJ, Moya-Geromini MÁ, López-Jurado L. The extent and nature of food advertising to children on Spanish television in 2012 using an international food-based coding system and the UK nutrient profiling model. Public Health. 2016; 137: 88-94.
- (8) León-Flández K, Royo-Bordonada MÁ, Rico-Gómez A, Moya-Geromini MA, Romero-Fernández M, Bosqued-Estefanía MJ, López-Jurado L, Damián J. Evaluation of compliance with the Spanish Code of self-regulation of food advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012. Public Health. (en prensa).
- (9) World Health Organization. Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases. Geneva, Switzerland: WHO, 2016.



Acerca del autor:

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid, con premio extraordinario. Jefe del área de estudios de la Escuela Nacional de Sanidad y Director del Máster en Salud Pública de esta institución. Es Vicepresidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública y coordinador del Grupo de Trabajo de Ética y Valores en Salud Pública de la Asociación Europea de Escuelas de Salud Pública. Asimismo, es coordinador saliente del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular y miembro de la Alianza española por la Salud Alimentaria, en representación de SESPAS. Investigador en las áreas de epidemiología y prevención de la obesidad infantil, ética en salud pública y evaluación de políticas nutricionales y alimentarias. Ha dirigido 15 tesinas de fin de máster y 2 tesis doctorales y es autor de más de 100 publicaciones científicas, entre artículos, capítulos de libro, libros y monografías.